

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, ~~parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques~~ ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0012090

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : RAM A31665  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAHID BASID  
 Date de naissance : 01-07-1946  
 Adresse : 216 Lotissement Montwakil Dar Bouazza  
 Tél. : 0673551862 Total des frais engagés : 641,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdeladim M'HADRA**  
 Diabétologie - Nutrition - Echographie  
 Spécialiste en Médecine  
 du Travail de la Faculté de Rennes  
 91 Village Pilote de Dar Bouazza  
 Tél. 05 22 29 00 09 / GSM : 06 61 31 87 85  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 20/09/2022  
 Nom et prénom du malade : M CHAHID BASID Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 20/09/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20 SEPT 2022    | AS                | 1                     | 2002                            | Dr. Abdeladim M'HAIDRE<br>Diabétologie - Nutrition - Echographie<br>Spécialité de Médecine<br>du Travail de la Faculté de Renoua<br>91 Village Pilote de Dar Bouazza<br>Tel: 05 22 29 00 09 / GSM: 06 61 31 87 85 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 20/9/2022 | 441,10                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

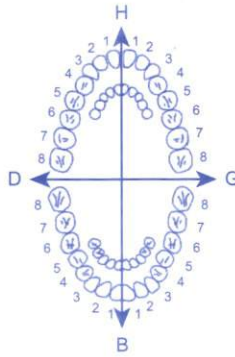
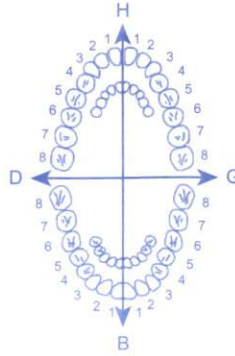
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                                  |  |
|---|--|------------------|--|--|
|    |  |                  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |  |                  |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |
|   |  |                  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. M'HAIDRA Abdeladim**

**Diabétologie - Nutrition - Obésité**

**Echographie Générale**

Diplômé de la Faculté de Médecine

de MONTPELLIER - FRANCE

HOMEOPATHIE - OMNIPRATICIEN

**Spécialiste en Médecine**

du travail de la Faculté de RENNES

**Diplômé d'expertise**

et de réparation juridique et corporelle

de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'Hôpital

Provincial de Laâyoune

91, Village Pilote de Dar Bouazza

Tél.: 05 22 29 00 09 - GSM : 06 61 31 87 85

بر امله خيرة

مدينة السمنة

دى

سدر فرنسا

ibre nerveux

LOT: 210724  
DU: 01/2025  
83.00 DH

**PIASCLÉDINE® 300MG**

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



ة الطب بالدار البيضاء

الإقليمي بالعيون

بداربوغة

LOT: 210972  
Aer: 01/2025  
EPC: 79.50 DH

الهاتف : 05 22 29 00 09 - المرسول : 06 61 31 87 85

Dar Bouazza, le 20 SEPT 2022

W CITAIN BASIN  
83.00

- curculx 9

14

188.00

liass 3.00

14

79.50

AIWAT 9

22.00

- CEDOL 9

69.00

FKADIN

441.00

SM: 05 - 22 - 29 - 00 - 09  
Tél. 05 - 22 - 29 - 00 - 09  
DAR BOU AZZA  
LABORATOIRE MARTINE  
LABORATOIRE MARTINE  
LABORATOIRE MARTINE

**Dr. Abdeladim M'HAIDRA**  
Diabétologie - Nutrition - Echographie  
Spécialiste en Médecine  
du Travail de la Faculté de Rennes  
91 Village Pilote de Dar Bouazza  
: 05 22 29 00 09 / GSM: 06 61 31 87 85

N°6 - Janvier

N° LOT: 1002  
EXP: 02/2025  
PPC: 69 DH



6 111263 060862